FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931 — N° 317

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

ARMAND HORN

Né le 10 Avril 1905, à Bacau (Roumanie)

Du Traumatisme dans l'étiologie des Coxarthries

Travail du Service de M. le Docteur DUFOUR

(Hopital Broussais)

Président : Monsieur le Professeur ACHARD

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VIe Arr.)

1931

THESE

POUR LE DOCTORAT DE MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552827_0025

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931 — **THÈSE** — N° .....

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

AVRAM HORN

Né le 10 Avril 1905, à Bacau (Roumanie)

Du Traumatisme dans l'étiologie des Coxarthries

Travail du Service de M. le Docteur DUFOUR

(Hopital Broussais)

Président : Monsieur le Professeur ACHARD

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VIe Arr.)

1931

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	BALTHAZARD.
I. — Professeurs	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE
Anatomie médico-chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CUNÉO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	BAUDOIN
Pathologie médicale	CLERC
Pathologie chirurgicale	LENORMANT
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Hydrologie et thérapeutique et climatologie	M. VILLARET
Thérapeutique	LŒPER
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZAR
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY
Clinique médicale	CARNOT BEZANÇON ACHARD MARCEL LABBE
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique de la Tuberculose	LÉON BERNARD
Clinique chirurgicale	DELBET HARTMANN LEJARS GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE BRINDEAU JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILLEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	Neurologie et Psychiatrie.	CADENAT....	Pathologie chirurgicale
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.	CATHALA....	Pathologie médicale.
BENARD HENRI.	Pathologie médicale.	CHABROL....	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.	CHEVALIER...	Pathologie médicale.
BLANCHETIERE.	Chimie biologique.	DE GAUDAR D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale
BROCQ.....	Pathologie chirurgicale	DOGNON.....	Physique.
BRULE.....	Pathologie médicale.	DONZELOT...	Pathologie médicale.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

MM.	
ÉCALLE.....	Obstétrique
FEY.....	Urologie
GARNIER.....	Pathologie expérimentale
GASTINEL....	Bactériologie.
GATELLIER..	Pathologie chirurgicale.
GIROUD.....	Histologie.
HARVIER.....	Pathologie médicale
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL.....	Pathologie médicale.
JOANNON....	Hygiène.
JOYEUX.....	Parasitologie
LABBE HENRI	Chimie biologique.
LAROCHE....	Parasitologie.
LEMAITRE...	Oto-rhino-laryngologie
LEROUX.....	Anatomie pathologique.
LEVEUF.....	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiâtrie.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MERCIER (F).	Pharmacologie.
MILLOT.....	Histologie.

MM.	
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale
MOREAU.....	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale
MOURE.....	Pathologie chirurgicale
MULON.....	Histologie.
OBERLING...	Anatomie pathologique
OLIVIER.....	Anatomie.
PIÉDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES.....	Ostétrique.
QUENU.....	Pathologie chirurgicale
RICHET, FILS	Physiologie.
SEZARY.....	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)....	Pathologie médicale.
VAUDESCAL..	Obstétrique.
VELTER.....	Ophtalmologie.
VERNE.....	Histologie.
VIGNES.....	Obstétrique.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
BUSQUET....	Pharmacologie.
GUENIOT.....	Obstétrique.
LEQUEUX....	Obstétrique.

MM.	
NEVEU-LEMAIRE..	Parasitologie.
RETTERER...	Histologie.
ZIMMERN....	Physique.

IV. — Agrégés chargés du cours de clinique à titre permanent

MM.	
ABRAMI.....	Clinique médicale.
CHIRAY.....	Clinique médicale.
DEBRÉ.....	Clinique médicale.
DUVOIR.....	Clinique médicale.
FIESSINGER..	Clinique médicale.
LAIGNEL	
LAVASTINE..	Clinique médicale.
LERI.....	Clinique médicale.
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
BASSET.....	Clinique chirurgicale.

MM.	
CHEVASSU...	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.
MATHIEU....	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT....	Clinique chirurgicale.
PROUST.....	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ..	Clinique chirurgicale.
LE LORIER..	Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL.	— —
METZGER....	—

V. — Chargés de cours

MM.	
MAUCLAIRE, agrégé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.....	Education physique.
LEDOUX-LEBARD.....	Radiologie clinique.
WEILL-HALLE.....	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

Pieux hommage.

A MON PERE

Filiale affection.

A MA SOEUR ET A MON BEAU-FRERE

AUX MIENS

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CH. ACHARD

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

En témoignage de notre respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il veut bien nous faire en acceptant la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Docteur Henri DUFOUR

Médecin de l'Hôpital Broussais

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui m'a donné l'idée de ce travail, ma reconnaissance pour la bienveillance avec laquelle il m a ouvert son service, pour les documents qu'il a bien voulu me communiquer et les conseils qu'il n'a cessé de me donner.

A Monsieur le Docteur Abel FRANÇON

(d'Aix-les-Bains)

Qui nous a aidé de ses conseils pour l'élaboration de ce travail.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A Monsieur le Professeur LEMIERRE

A Monsieur le Professeur agrégé SEZARY

A Monsieur le Docteur Louis RAMOND

A Monsieur le Docteur LAUNAY.

A Monsieur le Docteur MACÉ.

Qui veuillent bien trouver ici l'expression de nos remerciements sincères et de notre profonde reconnaissance.

INTRODUCTION

La coxarthrie est, au point de vue anatomo-pathologique, une déformation articulaire et osseuse, avec hypertrophie à la périphérie et atrophie au centre de l'article. Au point de vue clinique cette affection se caractérise par :

La limitation des mouvements ; des douleurs articulaires ; des craquements à l'occasion des mouvements actifs ou passifs ; l'atrophie musculaire et par une évolution lente, qui aboutit progressivement à l'immobilisation de l'articulation.

Nous allons justifier la dénomination de coxarthrie, donnée à cette affection, par Léri. En effet, celle-ci a été désignée par les auteurs sous les termes de : arthrite sèche, arthrite déformante, ostéoarthrite de la hanche, morbus coxae sennilis etc. Aucune de ces dénominations ne contient à la fois toutes les formes cliniques de cette affection. Léri et Longjumeau ont montré le désavantage du terme, morbus coxae senilis « car ils ont remarqué la fréquence de cette arthrite chez des adultes et même

chez des adolescents. Pour eux le morbus coxae senilis » ne représente qu'une partie du groupe des coxarthries. Par conséquent le terme de coxarthries nous parait le plus indiqué pour désigner toutes les formes cliniques de cette affection.

Le traumatisme est un des facteurs étiologiques de la coxarthrie. Nous nous sommes efforcés à le mettre en évidence à l'aide d'observations cliniques où son rôle est indéniable.

Les observations, que nous avons récueillies dans le service de notre Maître le Docteur Dufour, relèvent l'importance du traumatisme ancien, qu'on retrouve fréquemment dans l'anamnèse des malades.

Je tiens à remercier le Docteur Abel Françon (d'Aix) qui a bien voulu me prodiguer ses conseils éclairés.

HISTORIQUE

C'est *Adams* qui donne en 1839 la première description anatomo-clinique de la coxarthrie. En 1857, il décrit cette forme de rhumatisme localisée à la hanche sous le nom de morbus coxae senilis. Il parle d'un cas de luxation non réduite, qui plus tard, à l'occasion d'une contusion aboutit à la coxarthrie.

Colles en 1839 publie plusieurs cas d'arthrite de la hanche après blessures du membre inférieur. *Benjamin Bell* en 1840 rapporte des cas d'arthrite déformante de la hanche après traumatisme R. W. *Smith*, en 1841, en publie un grand nombre des cas.

Haygarth décrit un cas typique.

Marie et Léri, en 1898 étudient cette question.

Leriche et Poncet recherchent la tuberculose dans le *morbus coxæ senilis*.

Volkmann met en évidence la grande importance du trauma sur des hanches, qui ont subi antérieurement une luxation, réduite ou non. Les auteurs français cher-

chent à établir un rapport entre la subluxation congénitale et les arthrites chroniques de la hanche.

Dupuytren étudie cette affection, qui survient après des traumatismes minimes répétés, chez des ouvriers qui actionnent les leviers d'une presse.

Pribram remarque la localisation de l'affection sur l'article soumis à un travail excessif.

Stempel étudie les petits traumas qui « marquent » l'article où se développera plus tard une arthrite à l'occasion des causes déclenchantes (surmenage, froid, humidité, toxi-infections, grippe).

Gobiewski relate l'apparition de la coxarthrie à la suite des simples contusions.

Andrieu, Lance et Capelle, en 1921, montrent que l'osteocondrite de l'enfance peut être suivie chez l'adulte d'un syndrome clinique et radiologique, analogue à celui de l'arthrite sèche. *Tavernier* rattache aux anciens ostéocondrites un type spécial d'affection chronique de la hanche chez l'adulte.

Récemment *Duvernay* (Masson, 1930) dans son ouvrage « L'arthrite chronique de la hanche » écrit : « Il est extrêmement fréquent de voir apparaître et évoluer l'arthrite chronique de la hanche après un traumatisme : chute de cheval, chute dans l'escalier, coups de bâton, écart violent des cuisses ».

Aperçu Clinique et Radiologique

a) Examen clinique :

Le début est *souvent lent et insidieux*, quelquefois le début se fait par une poussée subaiguë. La douleur ouvre la scène clinique, elle siège dans la région de la hanche, irradie, soit en haut, soit en bas, très souvent dans la région postérieure de la cuisse, ce qui fait que les malades sont pris et soignés longtemps comme porteurs d'une sciatique. Généralement cette douleur est calmée par le repos, exacerbée par la marche, le froid et l'humidité. Il y a une gêne de la marche, la hanche est *raide et douloureuse aux premiers pas*, en quelques instants elle se « dérouille » et s'*assouplit* pendant 20 à 30 mètres de marche, puis redevient raide et douloureuse. On note une boiterie légère au début. La flexion de la cuisse sur le bassin est gênée. La limitation des mouvements est un des signes physiques les plus importants. Elle porte sur la flexion, l'abduction, rotation externe et interne, l'extension et l'hypertension (malade couché sur le ventre)

de la cuisse sur le bassin. *L'hypertension* et *l'adduction en flexion forcée sont les signes les plus constants et les plus fidèles* (A. Léri et Longjumeau).

On provoque une douleur par la pression dans la partie moyenne du pli de l'aine et en arrière du grand trochanter.

Le craquement articulaire est un bon signe, mais inconstant, perçu surtout à l'occasion des mouvements passifs.

L'atrophie musculaire existe presque toujours, le pli fessier est effacé, la fesse est aplatie, la cuisse et le mollet sont diminués de volume (mensuration). Réflexes rotuliens vifs. *L'examen radiologique est très important au début, car il peut décéler des déformations ou malformations qu'on ne soupçonnait pas*, vu les signes discrets du début. L'évolution est lente et progressive, les malades continuent à marcher, il se produit alors un raccourcissement progressif du membre, le pied repose par la pointe sur le sol, l'atrophie musculaire s'accentue et une claudication marquée remplace le boiterie du début. A ce moment la limitation des mouvements est très marquée. Le pronostic est sérieux pour ce qui concerne la fonction de l'article, mais ne touche pas à l'état général du sujet. Il faut signaler parmi les formes cliniques, la *forme fruste, qui se manifeste par une vague douleur au niveau de la hanche*. A un *examen rapide on ne trouve pas les signes classiques, mais déjà existe une limitation qui porte sur l'hypertension et l'adduction en flexion forcée et aux rayons X on trouve des lésions organiques notables* (A. Léri).

b) *examen radiologique*

Prendre toujours les deux hanches séparément. Très souvent il existe des ostéophytes à l'union du col et de la tête du fémur, du rebord cotyloïdien, surtout à la partie supérieure de l'articulation. Les ostéophytes sont considérées par beaucoup d'auteurs comme lésions spécifiques de cette affection. On remarque un léger aplatissement de la tête du fémur et une saillie anormale du sourcil cotyloïdien. La cavité cotyloïde est plus profonde, son toit horizontal se prolongeant en dehors.

L'interligne articulaire est floue, pincée et rétrécie. On observe une condensation osseuse au contact des surfaces articulaires. La région cervico-trochantérienne a un aspect clair.

Etiologie en général

Nous allons passer rapidement sur les facteurs étiologiques en dehors du traumatisme.

Comme causes générales, prédisposantes nous retenons :

a) *L'âge*, facteur étiologique qui mérite l'attention, car depuis les travaux de Léri, à ce sujet, le cadre des coxarthries s'est élargi. En effet, les coxarthries s'observent souvent chez des gens d'âge mûr, *mais en cherchant dans leurs antécédents, on s'aperçoit que le début de leur affection remonte soit à l'âge adulte, soit même à l'adolescence*. Et un grand nombre d'auteurs est d'accord pour affirmer avec Léri, *que la coxarthrie peut apparaître à tout âge à partir de l'adolescence* (Malum coxæ juvenilis).

b) *Intoxications, infections*. — Nous citons le rhumatisme goutteux, qui se manifeste par une arthrite sèche avec le genou comme lieu de prédilection. Il ne nous occupera donc pas. Dans certains cas, la baccilose et les infections aiguës, devenues chroniques — la blennorrha-

gie par exemple — ont eu un rôle étiologique évident. *Pour notre Maître, le Docteur Dufour la syphilis avec le traumatisme est la cause très fréquente* des rhumatismes chroniques, partiels, localisés. Il écrit à ce sujet :

« La syphilis indépendamment de ses arthropathies » médullaires est toujours à rechercher, lorsqu'une arti- » culation gonfle sans tendance à l'ankylose, mais en » devenant très douloureuse. C'est avec la tumeur blan- » che que le diagnostic est hésitant mais dès que la spé- » cificité est mise en évidence, l'appellation rhumatis- » male perd ses droits ; ces monarthries n'appartiennent » donc au rhumatisme qu'autant que la syphilis est mé- » connue (Les affections articulaires chroniques, catalo- » guées rhumatismales, 1930). ».

Parmi les infections aiguës, *la grippe occupe une place importante, comme déclancheur de l'affection* (obs. I).

c) Le surmenage, le froid et l'humidité sont des facteurs étiologiques qui « réveillent » la coxarthrie dans un article prédisposé ou « marqué » par un traumatisme antérieur (obs. I et II). *Ces facteurs concourrent souvent avec le traumatisme pour déterminer le syndrome.*

Traumatisme et coxarthries

§ 1. — *Comment agit le traumatisme*

Duvernay dans son ouvrage « L'arth. chr. de la hanche » conclut « Le traumatisme agit soit directement à la suite d'ue fracture parcellaire ou d'une contusion avec signature anatomique, soit indirectement par réaction sympathique vaso-dilatatrice, comme l'a signalé et étudié ces dernières années Leriche ».

Dans l'observation IV, due à Frœlich, seul le traumatisme survenu 13 ans auparavant, pourrait expliquer la coxarthrie. Il explique l'action traumatique de la façon suivante : « On peut penser à un enfoncement traumatique du cotyle ou à une luxation centrale du fémur. *Il est cependant plus probable que le traumatisme n'a pas produit une fracture, mais simplement un ébranlement, une contusion du fond de la cavité cotyloïde.* Mais notre malade possède des os maléables, ce qui prouve la gibbosité sacrée consécutive à une spondilose traumatique ».

Nove Josserand (Arch. fr.-belge chirurg., 1922) fait à ce sujet cette hypothèse : « Il semble que le traumatisme et les diverses infections ne soient pas étrangers au développement ou du moins à l'apparition des signes de la période d'état, *mais il semble qu'ils ne soient pas capables de produire la coxarthrie à eux seuls sur des sujets normaux.*

§ 2. — *Traumatisme et causes prédisposantes*

Frœlich interprète ainsi la notion du terrain : « Quel-
» quefois c'est le terrain qui présente des conditions parti-
» culières, *il se peut que certains individus aient un tissu*
» *susceptible de réagir d'une façon spéciale aux agents*
» *traumatiques ou infectieux qui chez d'autres sujets*
» *resteraient impuissants ou bien provoqueraient des lé-*
» *sions banales.* »

Ceci nous explique pourquoi tous les sujets qui ont eu un traumatisme ne font pas de l'arthrite sèche ; et pourtant chacun pourrait retrouver dans son anamnèse une chute, un choc, un coup portant sur les divers articles.

Roux et Tavernier pensent qu'il s'agit souvent d'un *article légèrement contusionné ou prédisposé à cette affection et qu'une légère excitation a suffi à la parachever. L'article prédisposé* aurait ainsi *pu servir* sans se déformer *jusqu'à la vieillesse, s'il n'avait pas été soumis au surmenage, exposé constamment au froid, à l'humidité ou avoir subi un nouveau traumatisme.* Alors, la hanche avec une légère atteinte a fini par donner des signes de souffrance et on a été surpris de constater à la radio des

lésions importantes. Cette manière de voir *pourrait bien expliquer le grand nombre de coxarthries qu'on a remarqué pendant la guerre, à la suite des marches fatiguantes, des séjours dans les tranchées humides ou d'une simple contusion, chez des sujets qui ne s'en plaignaient pas auparavant.*

La déformation à distance est une cause prédisposante à la coxarthrie, car on a remarqué que certains sujets, atteints de cette affection, sont porteurs d'une déformation à distance de leur membre inférieur (fémur, genou, pied). Ces faits rentrent pour Levelyn Jones dans le cadre des *arthrites statiques*. Dans ces cas le *surmenage conjugue souvent son action avec un traumame* pour déclancher l'arthrite.

Pour un grand nombre d'auteurs, les malformations ou déformations congénitales ou acquises à la suite d'affections infantiles sont des causes prédisposantes à la coxarthrie.

R. Merklen propose l'interprétation suivante : « *Il* » *s'agit de malformations discrètes : cavité cotyloïde in-* » *suffisamment profonde, à toit trop oblique, coxa valga,* » *antéversion du col, etc... Ces malformations restent* » *longtemps latentes, leur symptomatologie clinique se* » *confond avec la coxarthrie, qui vient se greffer sur* » *elles.* »

Sur les clichés radiographiques il est très difficle, presque impossible, de débrouiller ce qui est malformation de l'arthrite sèche surajoutée.

Duvernay et Parent ont montré que dans la moitié

des cas, la radio ne décelait pas trace de malformations ou déformations dans l'autre moitié il existait des altérations dans la forme des surfaces articulaires, difficilement explicable par l'arthrite sèche, alors ils l'attribuaient à des déformations congénitales ou acquises. En effet, *dans certains* cas, on *trouve dans l'enfance ou adolescence un fait pathologique léger et passager* (chute ou trauma direct ou indirect, grippe), dans d'autres cas le malade n'a jamais rien remarqué d'anormal, avant le début de la coxarthrie.

Dans cet ordre d'idées on pourrait citer l'opinion de Tavernier : «C'était au cours de la guerre, des soldats » qui à la suite des contusions ou surmenage avaient » vu apparaître des douleurs persistantes de la hanche, » une boiterie, une légère limitation des mouvements, un » petit raccourcissement du membre et de l'atrophie » musculaire. *J'eus la surprise de voir sur leurs radios » d'énormes déformations de la tête et du col, hors de » proportion avec leurs signes d'arthrite légère qu'ils » présentaient. Il me parut évident qu'il s'agissait d'une » arthrite déclenchée par le surmenage, sur des hanches » préalablement malformées ou déformées.* Mais je ne » pouvais rapprocher l'aspect radiologique ni de la subluxation congénitale, ni de la coxa vara. »

Dans les observations V et VI dues à Tavernier, le trauma qui consiste en une légère contusion est le seul fait pathologique qui pourrait expliquer l'éclosion de la coxathrie. Les anciennes ostéochondrites de l'enfance guéries avec une épiphyse déformée, peuvent devenir chez l'adulte le siège de poussées nouvelles évoluant après un

trauma ou le surmenage, soit sous la forme d'une arthrite légère rapidement guérissable, ou bien sous la forme d'une arthrite plus grave. « *Il existe donc une forme pure d'ostéochondrite* où les lésions importantes sont limitées à l'épiphyse fémorale, *dont la réaction symptomatologique dans l'enfance est assez atténuée pour passer inaperçue. Cette affection guérit sans laisser des troubles fonctionnels importants, mais est susceptible à l'occasion de surmenage ou contusion de présenter à l'âge adulte des sortes de rechutes* » (Tavernier) Dans ce sens l'observation VII est tout à fait concluante. En effet on y trouve un petit épisode pathologique à l'âge de 13 ans qui dure deux mois, puis dix ans plus tard à l'occasion d'une chute, survenue à la fin de la guerre — qu'il a pu faire au front sans la moindre gêne — il fait le début de la coxarthrie.

L'observation VIII due à Hoffa et Wollenburg nous montre un sujet qui a eu *à l'âge de 16 ans une luxation réduite* par le chirurgien. *Depuis aucune gêne fonctionnelle jusqu'à 34 ans quand il subit un trauma important, qui fait débuter l'arthrite déformante.*

§ 3. — *Traumatisme violent et traumatisme minime répété*

Il est fréquent de voir débuter et évoluer une coxarthrie après un traumatisme violent : chute de cheval, chute dans l'escalier, coups de bâton, etc...

Wollenburg interprète ainsi l'action du trauma violent : « Je suis convaincu que le traumatisme aigu, vio-
» lent, peut aboutir à l'arthrite déformante même s'il
» lèse la partie molle de l'articulation, sans endommager
» en quelque sorte le mécanisme de l'article. »

Picqué émet l'hypothèse suivante: « Lorsque le trauma » a été plus considérable, l'interprétation devient plus » difficile. En effet, on se trouve en présence *d'adoles-* » *cents qui font un faux pas ou subissent une violence* » *directe* sur la hanche. Une douleur brusque survient, » qui nécessite quelquefois leur transport à l'hôpital ; » *quelques jours après la marche redevient possible, mais* » *une certaine gêne fonctionnelle persiste et une défor-* » *mation se constitue progressivement.* De cette analyse » nous concluons à la restriction du rôle étiologique du » trauma, *celui-ci ne peut intervenir* — pensons-nous — » *qu'en provoquant l'éclosion du syndrome, alors que la* » *déformation anatomique est déjà en voie d'évolution* » *latente.* »

Les classiques ont déjà insisté sur le rôle du trauma minime répété. Nous avons vu que Dupuytren avait remarqué la caxarthrie après des traumatismes minimes répétés, chez des ouvriers qui actionnent les leviers d'une presse.

Récemment M. Moulonguet-Doléris apportait des exemples cliniques d'arthrite déformante d'origine traumatique. Il s'agit de traumatismes minimes répétés. Il démontre expérimentalement que la *pulvérisation des extrémités articulaires constitue un des mécanismes de production des rhumatismes chroniques.* Une série d'observations cliniques des plus démonstratives vient à l'appui de ces recherches. Il a présenté des radios des coudes d'ouvriers manipulant des perforatrices pneumatiques, sous l'influence des trépidations répétées il se produit une pulvérisation des extrémités articulaires du coude.

Notre maître le Docteur Dufour explique ainsi le trauma minime répété d'ordre professionnel : « le système » ostéo-périostique est très sensible aux excitations exté- » rieures. Les multiples nodosités des doigts, les arthrites » du gros orteil, la coxarthrie, les épaules douloureuses » illustrent bien souvent l'action lente ou brutale du » traumatisme ».

Pour Wollenburg le *traumatisme chronique est un trauma minime continué pendant longtemps, qui consiste en un surtravail* (Uberbürdüng) *auquel on soumet une articulation saine.* Des articulations irritées (gereizt) auparavant, mais guéries fonctionnellement sont de même exposées à cette sorte de traumatisme. Il appelle *traumatisme interne* les irritations du cartilage et de l'os par des corps libres *intrarticulaires* ou par des fragments de ménisques. Pour lui ces sortes de traumatisme peuvent aboutir à l'arthrite déformante.

Pour Marie et Léri la cyphose hérédo-traumatique de Betcherew serait une ossification ligamentaire consécutive à des petits arrachements d'ordre traumatique.

Picqué est d'avis qu'il faut attacher beaucoup d'importance au trauma répété résultant de l'exercice d'une profession. Il dit : « En effet, nous voyons survenir *la* » *hanche douloureuse* à peu près exclusivement *à l'épo-* » *que du passage de l'école à l'état ouvrier.* A ce moment » *un travail exagéré* et souvent inégalement réparti sur » les deux côtés est demandé à l'appareil de soutien de » l'individu en croissance et *le rend plus apte à céder* » *sous la pression continue du poids du corps, surtout* » *si celui-ci est anormalement accru du fait d'une cor-*

» *pulence exagérée ou par le port des fardeaux pesants* ». Cette manière de voir est partagée par le Docteur A Françon (d'Aix) que nous avons eu le plaisir de connaître dans le service de notre maître le Docteur Dufour. Le Docteur Françon nous a suggéré cette hypothèse à propos d'un de nos malades (observ. I). *Le sujet dont nous parlons pesait, en effet, avant la chute* 60 kgr., en quelques années son poids atteignait 80 kgr.

Pour Stempel, « morbus coxæ senilis » est une maladie professionnelle des campagnards, qui pendant leur involution — *ménopause par exp.* — *subissent des blessures ou pendant des années des petites excitations traumatiques*, arrivent à souffrir de leur article comme s'il s'agissait d'un trauma important. A l'appui de cette manière de voir nous relevons le cas de notre malade (observ. II) qui a subi un choc violent à l'époque de sa ménopause.

§ 4 *Notion de traumatisme ancien.* — Notre maître le Docteur Dufour qui nous a suggéré ce travail insiste beaucoup sur cette notion. Il dit : « *Ce n'est pas immé-* » *diatement après le traumatisme que ses effets se font* » *sentir. Il faut attendre quelquefois des années pour* » *voir apparaître des monoarthrites sèches, dites rhuma-* » *tismales, que déclenchera une grippe, une toxinfec-* » *tion, mais dont la cause première remontera à un* » *trauma de la région para-articulaire* ».

Les observations I et III recueillies dans le service du Docteur Dufour illustrent la notion de traumatisme ancien.

En effet, chez ces *malades ayant subi un traumatisme*

une vingtaine d'années auparavant nous avons remarqué que *la coxarthrie s'est déclenchée à l'occasion d'une grippe ou du surmenage de l'article.* Nous croyons qu'on *néglige souvent cette notion de trauma ancien, car on a trop tendance à admettre que le malade invente un choc pour expliquer la genèse de sa maladie.* Ici nous touchons au vaste problème du rôle du traumatisme en pathologie, problème qui a donné et donne encore lieu à tant de controverses.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Service du Docteur Dufour, Hôpital Broussais)

M. R. M..., 61 ans, livreur, entre le 9 mars 1930 dans le service pour difficultés de la marche, qui durent depuis septembre 1920. A ce moment apparaît une gêne à monter ou descendre de sa voiture de livreur. La cuisse était raide, d'où gêne à monter les escaliers. Il continue son travail, la marche devient de plus en plus difficile, ce qui l'oblige à cesser son travail en 1927. A cette époque des douleurs apparaissent à la marche surtout aux premiers pas, puis « ça se dérouillait », et alors il pouvait faire une vingtaine de mètres sans douleurs, qui réapparaissent peu après. En l'interrogeant on apprend qu'à l'âge de 21 ans pendant son service militaire, il a fait une chute de cheval, à la suite il a eu une ecchymose au niveau de la hanche droite. Il peut reprendre le service le lendemain sans aucune gêne fonctionnelle. En 1917, il est obligé de faire une vingtaine de kilomètres en une journée pendant la pluie. Le lendemain il a une forte grippe, qui dure huit jours. Depuis cette date il ressentait des petites douleurs à la hanche droite à l'occasion des efforts prolongés. Ceci jusqu'en 1920, quand la gêne fonctionnelle permanente apparaît et la hanche gauche donne aussi des signes de souffrance.

Antécédents. — Pas de spécificités, ni blennorrhagie, un peu d'éthylisme. Femme et fille bien portantes.

Examen. — Marche avec difficulté, à petits pas. La jambe repose sur la pointe du pied, tournée en dehors. Ce signe est plus marqué à droite. Claudication assez marquée à droite. La limitation des mouvement surtout marquée à droite, porte sur l'abducation, la rotation externe, la flexion de la cuisse sur le bassin, l'hyperextension et l'adduction en flexion forcée. Il y a des craquements articulaires à l'occasion des mouvements passifs. Pas de douleurs à la pression des troncs nerveux. Raccourcissement de 3 cm. à droite. Atrophie musculaire marquée à droite : 3 cm. 1/2 à la cuisse, 2 cm. au mollet. Réflexes très vifs. Pas de stigmates de spécificité.

Radio. — *Hanche droite :* gros ostéophyte à l'union de la tête et du col du fémur et du rebord cotyloïdien. Subluxation en haut, tête du fémur aplatie. Interligne articulaire rétrécie, col court et gros. Décalcification du massif trocanterien.

Hanche gauche : Lésions moins nettes, ostéophyte à la partie supérieure de l'article, taches claires au niveau du grand trocanter.

OBSERVATION II

(*Service du Docteur Dufour, Hôpital Broussais*)

Mme N. Fr., 45 ans, cuisinière, vient consulter le 25 février 1931 pour douleurs à la hanche gauche et gêne de la marche. Elle a commencé à souffrir au mois d'octobre 1930, quand elle a ressenti des élancements et des brûlures à la hanche et la cuisse gauches, surtout le soir en se mettant au lit (travaillait toute la journée debout). Par l'interrogatoire on apprend qu'au mois de septembre elle avait reçu au niveau de sa hanche gauche un fort choc avec le manche d'un brancard qui sert aux halles. Comme elle souffrait et a remarqué un « bleu » à ce niveau elle s'est frictionné le soir avec un baume. Le lendemain tout est rentré dans l'ordre jusqu'au mois d'octobre quand elle a commencé à souffrir. Elle fatiguait vite quand elle restait longtemps debout. Il apparaît une boiterie

légère au début qui s'accentue chaque jour. Elle remarque qu'elle ne peut plus se baisser pour ramasser quelque chose. Alors elle vient consulter.

Antécédents. — Jamais aucune maladie, pas de spécificité, pas de pertes blanches ; mari et fille bien portants. Ménopause il y a trois mois.

Examen. — Membre gauche : boiterie marquée, la jambe gauche repose sur la pointe du pied, tournée en dehors, le membre est raide pendant la marche ; il y a une limitation des mouvements, assez marquée pour la rotation externe, l'abduction et la flexion de la cuisse sur le bassin. Craquements aux mouvements passifs. Douleur nette à la pression au milieu du pli de l'aine et à la partie externe du grand trocanter. Atrophie musculaire marquée ; fesse aplatie, pli fessier effacé ; à la cuisse 2 cm. 1/2. Raccourcissement du membre 2 cm.

Membre droit rien d'anormal. Rien aux autres articulations.

Radio. — Hanche gauche : ostéophyte à la partie supérieure de l'article. La tête du fémur est aplatie, le col est court et gros. La cavité cotyloïde est peu profonde. Légère subluxation en haut.

OBSERVATION III

(Docteur Dufour)

M. C. D., 67 ans, rentier.

Souffre de coxarthrie double depuis 1913. A 24 ans est tombé de cheval, chute suivie d'une ecchymose à la fesse gauche et hemathrose du genou gauche, ponctionnée le lendemain. Quelques mois après il est tout à fait rétabli. Depuis il a fait beaucoup de sport sans la moindre gêne jusqu'à 50 ans. En 1913 est pris des douleurs à la hanche gauche qui vont en augmentant. La marche devient très difficile. Il fait une cure à Bourbon l'Archimbault, qui le calme un peu. En 1914 les douleurs reviennent et la hanche droite

donne aussi des signes de souffrance. A la fin de l'année, la gêne est la même de deux côtés. Il fait successivement des cures à Dax et à Bourbon l'Archimbault sans grande amélioration. Il arrive pourtant à marcher un peu sans se fatiguer beaucoup.

Antécédents. — Rien à noter. Femme et deux enfants bien portants.

Examen. — Claudication marquée. Raccourcissement marqué à gauche. Marche sur la pointe des pieds. Limitation des mouvements portant sur la flexion, adduction et rotation externe. Pas d'atrophie musculaire, ni points douloureux, ni craquements. Les autres articles très souples. Réflexes vifs, pas de stigmates de spécificité.

Radio. — Gros ostéophyte à l'union de la tête et du col et du sourcil cotyloïdien. Subluxation en haut. Ossification des ligaments de la partie inférieure de l'article. Tête écrasée dans la cavité cotyloïde. Col court et gros. Taches claires autour du massif trocantérien et de la cavité cotyloïde.

OBSERVATION IV

(Froelich)

Mme..., 51 ans, fait il y a treize ans une chute sur le côté gauche, dans l'escalier. Elle resta au repos quelques jours puis se remit à marcher, mais le membre gauche était déjà en mauvaise position et la malade en souffrait. Actuellement la flexion et l'extension de la cuisse, normales, l'abduction très limitée, ainsi que la rotation externe.

Raccourcissement 2 *cm.* Le grand trocanter affleure l'épine iliaque antéro-supérieure. Dans l'histoire de cette malade il y a un autre fait intéressant. A l'âge de 18 ans elle est tombée d'un siège et souffrit pendant quatre mois. Depuis quelques années elle a des douleurs dans les reins.

Radio. — Son sacrum incurvé au niveau 2e et 3e V. S. A la hanche tête fémorale intacte, mais la cavité cotyloïde a été repoussée dans le bassin.

OBSERVATION V

(*Tavernier*)

V. Martin, 40 ans, soldat, bien portant jusqu'au 6 octobre 1917, à cette date électrocuté, il fut jeté à terre et légèrement brûlé, mais sans contusions bien sérieuses. Depuis il souffre de la hanche et boite légèrement. 11 mai 1918, des mouvements de flexion et rotation normales, l'adduction réduite à 25°, atrophie des muscles de la cuisse 2 cm., pas d'attitude vicieuse, boite légèrement.

Radio. — Tête aplatie, incurvée en bas, se continuant sans ligne de démarcation avec un col court et épais.

OBSERVATION VI

(*Tavernier*)

R. Julien, soldat, 44 ans, sans antécédents pathologiques a fait la guerre au front jusqu'en mars 1918.

28 mars. — Contusion légère de la hanche, ne se fait hospitaliser que 8 jours après, n'a cessé depuis de souffrir de la hanche et de boiter et avoir de la rotation externe du membre.

13 juillet 1918. — Mouvements très limités, flexion réduite à 60°, adduction dans l'extension 30°, nulle dès que la cuisse est fléchie, la rotation nulle aussi dans la même position. Pas de raccourcissement, atrophie musculaire 4 cm. Aucun signe nerveux, pas de spécificité.

Radio. — La tête et le col du fémur confondus en une sorte de moignon ovalaire, sans coxa vara.

17 novembre 1918. — Repos, aucune amélioration, réformé.

OBSERVATION VII

(Tavernier)

D. Henri, soldat, 32 ans a souffert de la hanche à l'âge de 13 ans pendant deux mois sans prendre le lit, sans traumatisme préalable. N'a jamais été gêné, depuis a fait la guerre jusqu'en juillet 1918, époque où il est tombé d'un arbre. Il peut se relever et continuer à marcher, mais depuis il souffre de la hanche et il boite.

15 décembre 1918. — Boite en raccourcissant le temps d'appui sur la hanche gauche, le pied est en rotation externe. Les mouvements d'abduction limités, les autres libres. Atrophie musculaire légère. Roccourcissement. Pas de troubles nerveux, ni signes de spécificité.

Radio. — Tête du fémur complètement écrasée, refoulée au-dessus du col, où elle déborde le grand trocanter, cotyle très agrandi, toit oblique en dehors, le fond du cotyle est refoulé.

Malade réformé.

OBSERVATION VIII

(Hoffa et Wollenburg)

Albert E..., 32 ans, ouvrier.

Le patient, toujours bien portant, habitation sèche, nourriture suffisante, pas de gono ni spécificité.

A 16 ans, il a eu une luxation de la hanche réduite par le chirur-

gien. 14 jours de plâtre, 14 jours de mécanothérapie. Puis travaille, fait son service dans l'infanterie.

A 24 ans, au déchargement d'un wagon de charpentes, un morceau de bois lui tombe sur la tête, il tombe sans connaissance, depuis douleurs dans la hanche droite. Amélioration progressive après massage et mécanothérapie.

Examen. — Adduction légère de la cuisse droite. Trocanter à 3 cm. au-dessus de la ligne de Nélaton-Roser. Boite avec une hanche raide, atrophie du quadriceps. Sensibilité à la pression de la tête du fémur.

Radio. — L'interligne articulaire est encore discrète. Le col du fémur est très abaissé, ainsi que la tête. A la limite supérieure entre la tête et le col on remarque une ostéophite triangulaire. La partie supérieure du rebord cotyloïdien montre des echondroses irrégulières un peu d'atrophie osseuse.

OBSERVATION IX

(*Wollenburg*)

Mlle A. Z., 44 ans.

De l'anamnèse, il ressort que le sujet qui souffre d'une luxation congénitale de la hanche droite, est tombée à l'âge de 39 ans d'un escalier, sur la hanche gauche. Progressivement, après que la gêne fonctionnelle qui a suivi l'accident, a disparu, s'installèrent des douleurs à la hanche gauche ; une limitation des mouvements portant sur la flexion et l'extension.

Examen. — Le trocanter droit se trouve à 6 cm. au-dessus de la ligne de Nélaton-Roser, tandis que le trocanter gauche est à sa place normale. Il y a une ankylose marquée de l'articulation coxo-fémorale gauche. L'abduction et la rotation externe sont impossibles. Le membre est en légère adduction.

CONCLUSIONS

Il ressort de toutes les opinions des différents auteurs que le traumatisme a incontestablement un rôle important dans l'étiologie des coxarthries.

Nous avons voulu insister sur la notion d'un trauma ancien qu'on retrouve souvent dans l'anamnèse des sujets.

Ce trauma ancien déclenche une arthrite, qui évolue à bas bruit sans signes fonctionnels, jusqu'à l'intervention d'une cause occasionnelle (froid, surmenage, grippe, toxi-infections) qui fait apparaître le syndrôme clinique.

D'où il se dégage cette notion d'un long intervalle de latence clinique entre la date du trauma et l'apparition du syndrôme clinique. Dans d'autres cas le traumatisme ne fait que déclencher la coxarthrie dans un article mis en état de moindre résistance par des malformations ou déformations congénitales ou acquises, surmenage, augmentation du poids du corps, toxi-infections etc.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Vu : *Le Doyen,* Vu : *Le Président de Thèse*

BALTHAZARD. ACHARD.

Pour le Recteur, l'Inspecteur de l'Académie

CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

AIMES. — *Sur la pathogénie de l'arthrite déformante juvénile de la hanche* (Congr. pr. avanc. sciences, Montpellier, 1922).

BEAUJARD, ROUSSY, CORNIL. — *Ostéoarthrite de la hanche chez l'adulte* (Paris Médical, fév. 1919).

CALOT. — *Peut-on guérir intégralement l'arthrite déformante de la hanche* (Bul. Acad. Med, 94e année, p. 290-91).

— *Le traitement des arthrites déformantes de la hanche* (Med. Intern. Illustr., mai 1930).

— *Diagnostic des arthrites chroniques de la hanche* (Sciences Medicales, 1926, p. 49).

A. DAUSSET. — *Traitement des arthrites chroniques de la hanche* (Rev. Med. Franc, oct. 1929).

DAUSSET et LUCY. — *La radiothérapie est actuellement le seul traitement des arthrites chroniques de la hanche* (Soc. Med., Paris, oct. 1929).

DELCHEF. — *Un cas d'ostéochondrite de la hanche* (Arch. Fr., Belge chirurg., avril 1922).

H. DUFOUR. — *Rhumatisme polyarticulaire syphilitique* (Monde Medical, dec. 1929).

— *Des affections chroniques cataloguées rhumatismales* (Expans. Scientifique, 1930).

DUJARIER. — *Arthrite chronique sèche ou déformante* (Traité chirurg. Le Dentu, Delbet, t. VIII, 1909).

DUVERNAY. — *Arthrite de la hanche et malformation infantile* (Le Jour, Med. de Lyon, sep. 1927).

— *L'arthrite chronique de la hanche* (Masson, 1930).

DUVERNAY et PARENT. — *Considérations sur l'anatomie radiologique des arthrites chroniques de la hanche* (Rev. d'orthop., mai 1926).

E. FORGUE. — *Précis de pathologie externe* (I. volume).

FROELICH. — *Des arthrites chroniques non tuberculeuses de la hanche, du jeune âge ou coxité de croissance* (Rev. chirurg., 1925).

— *Coxités sèches et enfoncement progressif de la cavité cotyloïde* (Rev. Med. de l'est., 1924).

GUIBAL. — *Ostéochondrite déformante et hypertrophique de l'extrémité supérieure de fémur* (Arc. fr., Belge de chirurg., avril 1922).

HOFFA et WOLLENBURG. — *Arthritis deformans und sogenannter chronischer Gelenkrheumatismus* (Leipzig, 1908).

INGELHANS et VAUHÆKE. — *Deux observations d'arthrite déformante de la hanche* (Echo Med., Nord, mai 1927).

LANCE. — *Arthrite chronique non tuberculeuse de la hanche chez les enfants* (Rev. d'orthop., novembre 1922).

LANCE, ANDRIEU et CAPELLE. — *Remarques sur l'ostéochondrite juvénile* (Journ. de Chirurg. nov. 1921).

LAFFITTE. — *Traité de médecine*, tome III.

LAPOINTE. — *Bulletin de chirurgie* (15 déc. 1921).

LEJARS. — *Exploration clinique et diagnostic chirurgical.*

MAINA. — *Arthrite déformante gravanite dell'auca* (Minerva Med., 1923).

MASSABUAU. — *Les arthrites chroniques non tuberculeuses de la hanche* (Paris Med., juillet 1924).

R. MERKLEN. — *Contribution à l'étude des coxarthries* (Thèse de Paris, 1925).

MICHÈZE, DELCHEF, DUBOIS-TRÉPAGNE. — *A propos de quelques cas d'arthrites de la hanche* (Journal rad., 1925).

MOULONGUET. — *Arthrite de la hanche.*

MOULONGUET-DOLÉRIS. — *Arthrite chronique* (Congrès fr. du rhumatisme, mars 1930).

LÉRI et LONGJUMEAU. — *Les arthrites chroniques de la hanche.*

NOURIQUAND et MICHEL. — *Arthrite rhumatismale chronique* (Traité Sergent, R. Dumas, Baboneix, t. 23).

NOVET-JOSSERAND. — *Arthrite sèche développée sur des hanches atteintes de malformations congénitales* (Lyon Chirurg., 1923).

PARKER. — *Ostéarthritis of the hip* (Brit. Med., journ. 1922).

PICQUÉ. — *Les arthrites chroniques de la hanche* (Thèse de Lyon, 1900).

PRIBRAM. — *Chronischer Gelenkrheumatismus und Ostéoarthritis déformans.*

ROCHER. — *Arthrite déformante de la hanche et du genou* (Hebd. Sciences, Med., Bordeaux, avril 1901).

ROTTENSTEIN. — *Affections chroniques de la hanche sans la tuberculose* (Marseille Med, août, 1924).

ROTTENSTEIN et HOUZEL. — *La carie sèche et l'arthrite déformante juvénile de la hanche* (Rev. Chirurg., 1910).

SILHOL. — *Ostéoarthrite déformante chez un adulte à la suite d'une ostéart. déf. juvénile* (Marseille Med., 1922).

TAVERNIER. — *Traitement des arthrites chroniques* (Soc. de Chirurg., avril 1930).

TRÈVES. — *Arthrite chronique de la hanche* (année med. pratique, 1929).

WOLLENBURG. — *Aetiologie des arthritis déformans* (1910).

IMPRIMERIE
A. OLIVIER
- FALAISE -